

Ce n'est pas la joie, tous ces cris!

Étude pilote sur une démarche d'interventions pour les personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer

Par **Anne Bourbonnais**, inf., Ph. D., **Francine Ducharme**, inf., Ph. D., **Philippe Landreville**, psy., Ph. D., **Cécile Michaud**, inf., Ph. D., **Marie-Andrée Gauthier**, inf., M. Sc., et **Marie-Hélène Lavallée**, inf., M. Sc.



© De Visu / Shutterstock.com

Aussitôt que vous arrivez, vous l'entendez. M^{me} Desjardins crie encore : « Au secours! Au secours! » Mais que faire pour l'apaiser?

Les personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe¹, comme M^{me} Desjardins, peuvent adopter différents comportements en réaction à ce qu'elles vivent. Les comportements vocaux, que nous appelons des cris, font partie de ces modes de réaction. Ils peuvent se traduire par une répétition de mots ou par d'autres manifestations vocales qui semblent inappropriées. Ces différents comportements vocaux sont parfois regroupés, avec d'autres signes, sous l'appellation de « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » (SCPD).

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 13 à 60 % des résidents ont des comportements vocaux sous forme de cris; ces comportements sont donc extrêmement fréquents et persistants (Beck, Richards, Lambert, Doan, Landes, Whall et al., 2011; von Gunten, Alhawaqil, Abderhalden, Needham et Schupbach, 2008). Les cris ne sont pas une réaction pathologique (Dupuis, Wiersma et Loiselle, 2012) : ils ont des sens qui reflètent ce que ressent et pense la

personne âgée et qui expliquent ses manières d'agir. Ils sont, par conséquent, des indices de son mal-être (Graneheim, Norberg et Jansson, 2001; Norberg, 1996).

L'objectif de cet article est de présenter une démarche novatrice d'interventions infirmières qui s'appuie sur ces sens pour améliorer le bien-être des personnes âgées qui crient comme M^{me} Desjardins. Cette démarche vise aussi à soutenir les proches aidants et les soignants, qui doivent composer avec les cris. Nous exposerons également les résultats d'une étude pilote axée sur cette démarche.

Des cris qui ont des sens

Cette démarche est importante pour améliorer la qualité des soins, car les cris ont des conséquences importantes. Pour la personne âgée, ils peuvent mener à l'institutionnalisation, à l'isolement social et à une surmédication (Draper, Snowden, Meares, Turner, Gonski, McMinn et al., 2000; Murman, Chen, Powell, Kuo, Bradley et Colenda, 2002; Sloane, Davidson, Buckwalter, Lindsey, Ayers, Lenker et al., 1997). Dans un contexte de CHSLD, ils peuvent générer des comportements réactionnels chez les autres résidents et altérer leur qualité de vie. Par ailleurs, les proches ressentent de l'impuissance et de la culpabilité face aux cris, ce qui peut entraîner une réduction des visites (Bourbonnais et Ducharme, 2010; Minematsu, 2006). De leur côté, les soignants éprouvent souvent un sentiment de culpabilité et voient augmenter leur fardeau au travail. Ces conséquences ont à leur tour des effets sur la personne âgée. Par exemple, il a été prouvé que lorsque les visites des proches sont plus rares ou que les soignants ressentent un plus grand fardeau au travail, les comportements qui semblent inappropriés sont plus fréquents (Edvardsson, Sandman, Nay et Karlsson, 2008; Minematsu, 2006).

Pour réduire la fréquence des cris, plusieurs types d'intervention ont été évalués. Les médicaments sont peu efficaces (Barton, Findlay et Blake, 2005; von Gunten et al., 2008), en plus de provoquer des effets indésirables (Livingston, Johnston, Katona, Paton et Lyketsos, 2005). Ils sont indiqués seulement lorsque les cris ont un lien direct avec une douleur ou une dépression (Bourbonnais, 2016).

Ce sont plutôt les approches non pharmacologiques qui sont recommandées. Toutefois, les études visant à évaluer leur efficacité sur les cris ont eu des effets cliniques limités (Bédard et Landreville, 2005; Bédard, Landreville, Voyer, Verreault et Vézina, 2011; Bensink, Eaton, Morrison, Cook, Curtis, Gordon et al., 2013; Bourbonnais et Ducharme, 2008; Cohen-Mansfield et Werner, 1997; von Gunten et al., 2008; von Gunten, Favre, Gurtner et Abderhalden, 2011). Les approches qui semblent les plus prometteuses sont celles qui sont individualisées, qui incluent plusieurs interventions et qui permettent de former les soignants pour qu'ils soient en mesure de déterminer le sens des cris (Randall et Clissett, 2015).

Dans le respect de ces caractéristiques, des chercheurs ont élaboré une nouvelle démarche d'interventions fondée sur le sens des cris des personnes âgées et sur une approche participative associant des proches aidants et des soignants, l'objectif étant d'améliorer le bien-être de toutes les personnes concernées (Bourbonnais et Lavallée, 2014). Cette démarche comporte au moins une rencontre mensuelle entre les proches et les soignants, qui est répétée pendant au moins trois mois pour réaliser six étapes s'appuyant sur cinq principes.

Principes et étapes de la démarche d'interventions

D'après ces principes, la démarche doit inclure les aspects suivants : a) un *partenariat proches aidants/soignants*, ce qui signifie que ces derniers doivent réfléchir ensemble pour déterminer et mettre en œuvre ensemble des actions qui contribueront au bien-être de la personne âgée; b) la détermination *du sens des cris*, c'est-à-dire la recherche de la raison d'être de ce comportement; c) l'association de ce sens à de *multiples interventions*; d) la *personnalisation* de ces interventions; et e) une *réflexion active*, en équipe, tout au long de la démarche.

Pour mettre ces principes en application, les soignants, en partenariat avec les proches aidants, suivent les six étapes suivantes :

- 1) **Combiner diverses stratégies de détermination du sens des cris.** Par exemple, dans le cas de M^{me} Desjardins, on peut lui poser des questions directement ou l'examiner/observer (stratégies d'exploration), et l'on peut comparer ses cris avec ceux d'autres personnes âgées (stratégie de déduction).
- 2) **Déterminer les sens possibles des cris.** Par exemple, M^{me} Desjardins est insatisfaite de la place où on l'assied, elle ressent de la douleur l'après-midi et elle a des besoins émotionnels liés à l'anxiété.
- 3) **Associer une catégorie d'interventions à chacun des sens.** Par exemple, le sens lié aux besoins émotionnels de M^{me} Desjardins peut être associé à la catégorie des interventions communicatives et socioaffectives.
- 4) **Imaginer des interventions spécifiques pour chaque catégorie d'interventions.** Par exemple, pour la catégorie des interventions communicatives, on associe à M^{me} Desjardins l'utilisation de phrases courtes et le recours à l'humour. Pour la catégorie socioaffective, on fera en sorte de l'asseoir près d'un autre résident apprécié et d'utiliser la présence simulée de sa fille.
- 5) **Désigner les personnes qui sont responsables de chaque intervention.** Par exemple, l'ensemble des soignants de M^{me} Desjardins est responsable des interventions communicatives, et sa préposée est chargée de l'installer de manière à pouvoir utiliser la présence simulée de sa fille en matinée, au moment des cris liés à l'anxiété.
- 6) **Réajuster les interventions.** Par exemple, avec l'aide de la fille de M^{me} Desjardins, les soignants décèlent un nouveau sens lié à la faim en soirée (besoin physique), et ils planifient ensemble des interventions pour y répondre.

Après l'élaboration de cette démarche, une étude pilote a été menée pour évaluer ses effets sur les personnes âgées, les proches et les soignants, ainsi que pour vérifier la faisabilité de son implantation en CHSLD (**Encadré 1**). Le rapport de recherche contenant une présentation détaillée de la démarche et des résultats de l'étude est disponible en ligne (Bourbonnais, Ducharme, Landreville, Michaud, Lavallée et Gauthier, 2017).

Encadré 1 Sens des cris des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer – Méthodologie de l'étude pilote

Une approche de recherche-action avec méthodes mixtes a été utilisée. Quatorze triades – composées d'une personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer et présentant des comportements vocaux, de l'un de ses proches aidants et de un ou deux soignants – ont été recrutées dans cinq CHSLD (n = 43). Les soignants étaient des infirmières, infirmières auxiliaires, préposés ou éducateurs spécialisés. Pendant l'étude, quatre personnes âgées sont décédées, et un proche a abandonné le projet. Des données complètes ont donc pu être obtenues pour neuf triades.

Les données ont été collectées au moyen d'outils standardisés à quatre moments (avant l'implantation, ainsi qu'après un, deux et trois mois d'implantation) pour mesurer les effets de la démarche sur les personnes âgées, sur leurs proches et sur leurs soignants (**Tableau 1**). Ces outils ont permis de mesurer la fréquence des cris, le bien-être de la personne âgée, ainsi que la perception de dérangement par les cris, la prise de décisions en partenariat et la capacité d'agir (*empowerment*) ressentie par les proches et les soignants au moment des cris. Des données ont aussi été recueillies lors des entretiens individuels que nous avons menés avec six proches aidants et soignants pour leur permettre de mieux comprendre le processus d'implantation de la démarche et ses effets. Par ailleurs, des entretiens de groupe ont eu lieu à trois reprises avec des leaders locaux afin qu'ils nous aident à améliorer l'implantation de la démarche.

Effets positifs sur le bien-être de chacun et amorce d'un travail en partenariat²

La démarche a eu des effets positifs, qui sont décrits ci-dessous et répartis en deux thèmes. Les résultats quantitatifs obtenus avec les outils de mesure ont été associés à ces thèmes.

Thème 1 : Une nouvelle vision de la personne âgée grâce à l'écoute et à une curiosité renouvelée

L'un des effets de la démarche est un changement de perspective chez les soignants et les proches aidants, qui ont fait preuve d'une empathie accrue à l'égard de la personne âgée. Ils se sont montrés plus intéressés à connaître cette dernière. Ils lui parlaient davantage et étaient plus attentifs à ses propos.

Les proches et les soignants avaient aussi une nouvelle curiosité à l'égard de la « langue des cris ». Ils ont indiqué qu'ils tentaient de se mettre à la place de la personne âgée qui crie, pour mieux la comprendre et pour ne plus considérer les cris comme « normaux ». Ce changement de perspective a amené certains proches à redécouvrir la personne âgée comme ils la connaissaient avant son hébergement. L'une des soignantes a expliqué ainsi les changements qui ont eu lieu dans une relation mère-fille :

« La fille a souligné à plus d'une reprise qu'elle avait le sentiment de redécouvrir sa mère et qu'elle avait hâte de revenir voir sa mère parce qu'elle était plus..., sans nécessairement être présente, mais c'est au niveau de la qualité de présence, [...] juste de pouvoir s'approcher sans qu'il y ait des cris, juste de pouvoir la toucher. Pour sa fille, juste de voir sa mère sourire, ou bien rire, c'est comme de voir la lumière dans ses yeux, c'est le jour et la nuit pour elle, elle est emballée du résultat. »

Thème 2 : Des changements d'habitudes qui influencent la triade

La démarche a contribué à engendrer des changements dans les habitudes des personnes âgées, des proches et des soignants. Les proches et les soignants ont signalé une diminution de la fréquence des cris. Ils ont évalué l'amélioration clinique comme étant importante. Les données quantitatives ont confirmé cet effet en montrant une réduction progressive des cris qui s'est avérée statistiquement significative ($p = 0,047$), malgré la taille modeste de l'échantillon.

La démarche a aussi eu des effets positifs sur le bien-être des personnes âgées. Il a été constaté que certaines paraissaient plus sereines. Cet effet s'est révélé lui aussi statistiquement significatif ($p = 0,017$). Aucun changement n'a été observé dans le nombre de prescriptions de médicaments pour les cris.

Les cris étaient perçus comme moins dérangeants pour les soignants : « *Maintenant je ne trouve plus ça dérangeant parce que je sais, quand il crie, que c'est pour un besoin. Avant je me disais qu'il criait peut-être dans le vide.* »

Cet effet a été moins important pour les proches. Ceux-ci craignaient surtout que les cris dérangent les autres. Les résultats quantitatifs confirment cette tendance. Chez les soignants, la diminution du dérangement est significative ($p = 0,045$), alors qu'elle ne l'est pas pour les proches.

Les résultats sous l'angle de la prise de décisions en partenariat sont plus mitigés. L'attitude des soignants quant à la contribution des proches pour les soins a évolué de façon positive, et les proches étaient plus à l'aise avec les soignants. Certains proches ont souligné que la démarche permettait d'avoir un but commun avec les soignants, ce qui facilitait les relations.

Les résultats quantitatifs confirment ces changements. L'attitude des soignants envers le partenariat avec les proches a montré une tendance à l'amélioration ($p = 0,057$). Quant à leur attitude au sujet de la contribution que les proches peuvent apporter dans les soins, elle s'est significativement améliorée ($p = 0,01$). Toutefois, peu de changements ont été observés dans leur attitude en

ce qui concerne la capacité des familles à résoudre des problèmes en partenariat. De même, les perceptions des soignants et des proches sur le partage du pouvoir dans les décisions et sur la participation des familles aux soins ont peu changé. Ces résultats montrent que les soignants trouvaient facilitant l'apport des proches comme source d'information, mais ne mettaient pas nécessairement en œuvre des actions susceptibles de favoriser leur participation aux soins.

Les proches et les soignants ont indiqué qu'ils avaient une plus grande capacité d'agir (*empowerment*) au moment des cris. Plusieurs soignants ont jugé la démarche utile pour intervenir et l'ont utilisée auprès d'autres personnes âgées. Selon eux, cette démarche leur permettait d'assurer des soins à temps plutôt que de prendre plus de temps. Quant aux proches, la démarche a augmenté leur confiance dans leur façon d'être avec la personne âgée. Les résultats quantitatifs viennent confirmer ces changements. Chez les soignants, l'augmentation de l'*empowerment* s'est avérée significative ($p = 0,043$). Pour ce qui est des proches, bien que l'évolution ne soit pas statistiquement significative, les données montrent une forte tendance vers une amélioration.

Défis de la démarche et stratégies d'implantation

L'étude pilote a montré que l'implantation de cette démarche en CHSLD était faisable moyennant l'utilisation combinée de plusieurs stratégies. Certains défis liés à la démarche elle-même se sont posés, entre autres parce que les proches et les soignants devaient effectuer une réflexion ensemble, ce à quoi ils n'étaient pas habitués. La démarche suppose également un processus continu qui amenait parfois les soignants à exprimer du découragement face à la nécessité de recommencer leurs efforts. Certains s'attendaient à ce que la démarche fasse disparaître les cris, alors qu'elle vise plutôt à augmenter le bien-être de tous.

Pour surmonter ces défis, une formation de sept heures a été donnée à 210 soignants. Le questionnaire d'évaluation post-formation a permis de constater un taux de satisfaction compris entre 97 et 100 %. Des capsules de formation ont aussi été offertes dans les unités de soins des cinq CHSLD

Tableau 1 Outils de collecte des données

Concepts / Variables	Outils	Participants
Fréquence des cris	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), échelle fréquence, (Cohen-Mansfield, 1991)	À propos des personnes âgées, mais réponses aux questions par un de leurs soignants
Bien-être	Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) (Weiner, Martin-Cook, Svetlik, Saine, Foster et Fontaine, 2000)	
Capacités cognitives	Examen de Folstein sur l'état mental (MMSE) (Folstein, Folstein et McHugh, 1975)	
Consommation de médicaments	Relevé des prescriptions par l'infirmière	Proches aidants Soignants
Prise de décisions en partenariat	Family Perceptions of Caregiving Role (FPCR) (Maas et Buckwalter, 2015b) (pour les proches)	
	Staff Perceptions of Caregiving Role (SPCR) et Attitudes about Families Checklist (AFC) (Maas et Buckwalter, 2015a, 1993) (pour les soignants)	
Dérangement provoqué par les cris	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), échelle de dérangement (Cohen-Mansfield, 1991)	
Capacité d'agir (<i>empowerment</i>) au moment des cris	Question unique sur une échelle de 0 à 100 mm : « Quand mon proche/la personne âgée crie, je sens que je peux faire quelque chose pour lui/elle. »	
Perceptions du processus d'implantation et des effets de la démarche	Entretiens qualitatifs semi-structurés individuels	
Perceptions et réflexion sur le processus d'implantation de la démarche	Entretiens qualitatifs de groupe	Soignants agissant comme leaders locaux

participant à l'étude. Des leaders locaux agissant à titre de modèles ont aussi été désignés au sein de chaque unité.

D'autres défis découlaient des caractéristiques des soignants, par exemple, le fait qu'ils étaient peu habitués à agir en partenariat avec les familles. Les proches aidants et les soignants s'attendaient à ce que les cris cessent rapidement. Pour surmonter ces défis, un outil a été créé pour les soignants afin de les aider à amorcer le partenariat. Une affiche a aussi été conçue pour faire ressortir les buts de la démarche. De plus, les équipes ont bénéficié du soutien des coordonnatrices de recherche, qui étaient des infirmières titulaires d'une maîtrise.

Enfin, certains défis ont découlé de l'organisation du travail, par exemple, les changements dans les équipes de soins ou les ratios résidents-soignants élevés. Il a été constaté que la continuité des soins entre les quarts de travail s'avérait souvent difficile. Une revue des écrits a été réalisée à ce sujet. Bien que très peu d'écrits existent sur les meilleures pratiques en la matière, il a été possible d'en déduire que la combinaison de stratégies écrites et orales était à privilégier (Alvarado, Lee, Christoffersen, Fram, Boblin, Poole et al., 2006). Les milieux ont donc été encouragés à mettre en œuvre des moyens oraux et écrits adaptés à leur culture locale.

Les participants à l'étude ont estimé que la démarche était claire et structurée, ce qui facilitait son utilisation. Ils ont trouvé que les rencontres étaient utiles, puisqu'elles leur avaient permis de mieux se connaître. Toutefois, l'organisation des rencontres avec les familles a rendu plus difficile la réalisation de la démarche en raison d'un manque de disponibilité ou de flexibilité des proches ou des soignants.

En somme, bien qu'il ait été impossible d'éliminer l'ensemble des contraintes de la démarche, des stratégies favorisant son implantation ont été définies (Bourbonnais, Ducharme, Landreville, Michaud, Gauthier et Lavallée, soumis; 2017).

Discussion

L'étude a montré que la démarche pouvait avoir des effets positifs tant sur les personnes âgées que sur les proches et les soignants. De plus, il est possible de l'implanter en CHSLD en combinant plusieurs stratégies de façon intensive.

S'agissant des effets de la démarche, les proches et les soignants semblent avoir posé un regard différent sur les personnes âgées, et ils ont montré une plus grande empathie envers elles. Ce changement peut être un indice dénotant que la culture dans le secteur des CHSLD – c'est-à-dire les valeurs, les croyances et les normes collectives du milieu – a évolué progressivement durant le projet. Cette évolution a contribué à réduire la fréquence des cris chez les personnes âgées et à augmenter leur bien-être.

Aucun changement n'a été observé quant au nombre de prescriptions concernant les médicaments utilisés pour les cris. Il est reconnu que la déprescription se heurte à plusieurs obstacles dans les CHSLD (Palagyi, Keay, Harper, Potter et Lindley, 2016). Il convient toutefois de souligner qu'elle n'était pas directement visée par la démarche.

Par ailleurs, les proches et les soignants étaient moins dérangés par les cris. Dans certaines triades, un partenariat a été forgé. L'attitude des soignants à l'égard des familles a évolué de façon positive, mais la perception du partage de pouvoir entre les proches et les soignants a peu évolué. Par contre, tant les proches que les soignants ont rapidement vu leur *empowerment* augmenter lorsqu'ils étaient confrontés à des cris. Selon Caspar et O'Rourke (2008), cet effet sur l'*empowerment* des soignants pourrait être associé à une offre de soins plus individualisée.

En ce qui concerne l'implantation, les résultats soulignent l'importance d'utiliser un large éventail de stratégies; ils corroborent ainsi les conclusions d'une revue des écrits portant sur le changement des pratiques en CHSLD (Caspar, Cooke, Phinney et Ratner, 2016). Les auteurs de cette revue des écrits mentionnent aussi la reconnaissance des efforts positifs et l'augmentation de la motivation des soignants comme des facteurs décisifs.

L'implantation de la démarche a aussi permis de constater que plusieurs soignants, y compris des infirmières, étaient mal à l'aise pour amorcer un partenariat avec les familles. Ce malaise a été étayé dans certains écrits (Bauer et Nay, 2003; Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez et Goudreau, 2015). Le travail en partenariat est perçu comme un changement dans la manière de travailler, et il nécessite un accompagnement. Durant le projet, on a pu constater qu'avec du soutien et des outils pour guider les soignants, il était possible de favoriser ce partenariat.

Par ailleurs, le projet a fait ressortir que la continuité des soins présentait des défis importants en CHSLD. On en sait peu sur les méthodes susceptibles de favoriser cette continuité. Il conviendrait par conséquent d'élaborer des stratégies adaptées aux soins de longue durée et à la composition de l'équipe de soins, comprenant plusieurs préposés.

L'étude pilote présente certaines limites, entre autres, l'absence d'un groupe contrôle pour s'assurer que les effets découlent bien de l'intervention, ainsi que la taille modeste de l'échantillon, qui ne permet pas de généraliser

les effets mesurés. En revanche, la crédibilité des résultats est renforcée par un échantillon qui inclut des participants et des milieux ayant des caractéristiques diversifiées.

Recommandations

Étant donné les effets positifs, cette démarche pourrait être mise en œuvre pour améliorer la qualité des soins offerts aux personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer et manifestant des comportements vocaux. L'étude a permis de définir des stratégies concrètes qui peuvent être utilisées pour favoriser l'implantation de cette démarche complexe en CHSLD (Bourbonnais et al., 2017). Les résultats permettent aussi de recommander que l'on renforce les capacités des infirmières et des autres membres de l'équipe de soins pour leur permettre de travailler en partenariat avec les familles non seulement comme source d'information, mais aussi dans la recherche et l'application de solutions.

Les cris de M^{me} Desjardins, comme les autres SCPD, sont fréquents en CHSLD. Il est toutefois possible, dans ces situations, d'améliorer le bien-être de tous. L'étude a montré le potentiel d'une démarche d'interventions qui vise à améliorer non seulement la qualité de vie des résidents des CHSLD, mais aussi celle des personnes qui leur rendent visite et qui les soignent. ■

Les auteurs



Anne Bourbonnais est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille et chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.



Francine Ducharme est doyenne et professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Philippe Landreville est psychologue et professeur titulaire à la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval.



Cécile Michaud est professeure émérite à l'École de sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil.



Marie-Andrée Gauthier est assistante infirmière-chef en prévention et contrôle des infections au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.



Marie-Hélène Lavallée est conseillère en pratique infirmière avancée au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Remerciements

Nous remercions les personnes âgées, les familles, les soignants et les gestionnaires des CHSLD qui ont généreusement accepté de participer à ce projet. L'étude qui a permis d'élaborer la démarche d'interventions a été financée par la Fondation du Centre gériatrique Maimonides Donald Berman et par le Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRISIQ). Le projet pilote a été financé par la Société Alzheimer du Canada.

Notes

1. Toute référence à la maladie d'Alzheimer inclut aussi les maladies apparentées, telles que la maladie vasculaire, mixte, frontotemporale ou à corps de Lewy.
2. Les caractéristiques des personnes qui ont participé à l'étude sont présentées dans le rapport de recherche (voir http://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/documents/Rapport_de_recherche-Projet_cris_2013-2016-final_avec_ISBN.pdf)

Références

- Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E., Fram, N., Boblin, S., Poole, N., . . . Forsyth, S. (2006). Transfer of accountability: Transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly*, 9(Sp), 75-79. Repéré à <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2006.18464>
- Barton, S., Findlay, D. et Blake, R. A. (2005). The management of inappropriate vocalisation in dementia: A hierarchical approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12), 1180-1186.
- Bauer, M. et Nay, R. (2003). Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(10), 46-53.
- Beck, C., Richards, K., Lambert, C., Doan, R., Landes, R. D., Whall, A., . . . Feldman, Z. (2011). Factors associated with problematic vocalizations in nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 51(3), 389-405. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq129>
- Bédard, A. et Landreville, P. (2005). Étude préliminaire d'une intervention non-pharmacologique pour réduire l'agitation verbale chez les personnes atteintes de démence. *Canadian Journal on Aging*, 24(4), 319-328.
- Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R. et Vézina, J. (2011). Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. *Aging and Mental Health*, 15(7), 855-865. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.569480>
- Bensink, M. E., Eaton, L. H., Morrison, M. L., Cook, W. A., Curtis, R. R., Gordon, D. B., . . . Doorenbos, A. Z. (2013). Cost effectiveness analysis for nursing research. *Nursing Research*, 62(4), 279-285. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817285>

Suite à la page 32 >

- Bourbonnais, A. (2016). Intervention dernier cri! *Le Médecin du Québec*, 51(3), 33-37. Repéré à <https://fmoq-mdq.s3.amazonaws.com/2016/03/03-037-MmeBourbonnais-0316.pdf>
- Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2008). Screaming in elderly persons with dementia: A critical review of the literature. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 7(2), 205-225.
- Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2010). The meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1172-1184. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610209991670>
- Bourbonnais, A., Ducharme, F., Landreville, P., Michaud, C., Gauthier, M.-A. et Lavallée, M.-H. (soumis). An action research to optimize the well-being of older people: Some challenges, but also strategies to implement a complex intervention in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*.
- Bourbonnais, A., Ducharme, F., Landreville, P., Michaud, C., Lavallée, M.-H. et Gauthier, M.-A. (2017). Évaluation pilote d'une démarche d'interventions basée sur les sens des cris de personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer en centre de soins de longue durée [Rapport de recherche]. Repéré à http://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/documents/Rapport_de_recherche-Projet_cris_2013-2016-final_avec_ISBN.pdf
- Bourbonnais, A. et Lavallée, M.-H. (2014). Une démarche d'interventions basées sur les sens des cris de personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer en centre de soins de longue durée – Manuel des proches aidants et des soignants. Montréal : Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Caspar, S., Cooke, H. A., Phinney, A. et Ratner, P. A. (2016). Practice change interventions in long-term care facilities: What works, and why? *Canadian Journal of Aging*, 35(3), 372-384. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980816000374>
- Caspar, S. et O'Rourke, N. (2008). The influence of care provider access to structural empowerment on individualized care facilities. *Journal of Gerontology: Social Science*, 63B(4), S255-S265.
- Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Rockville (MA) : The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.
- Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviors in the nursing home. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 52A, M369-M377.
- Drapier, B., Snowdon, J., Meares, S., Turner, J., Gonski, P., McMinn, B., . . . Luscombe, G. (2000). Case-controlled study of nursing home residents referred for treatment of vocally disruptive behavior. *International Psychogeriatrics*, 12(3), 333-344.
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A. M. et Goudreau, J. (2015). Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: A Family Systems Nursing knowledge utilization model. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322-348. Repéré à [doi.org/10.1177/1074840715579404](http://dx.doi.org/10.1177/1074840715579404)
- Dupuis, S. L., Wiersma, E. et Loïselle, L. (2012). Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care. *Journal of Aging Studies*, 26(2), 162-173. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2011.12.001>
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R. et Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764-776.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). « Mini-Mental State »: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189.
- Graneheim, U. H., Norberg, A. et Jansson, L. (2001). Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and 'behavioural disturbances', and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 256-265.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. et Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- Maas, M. L. et Buckwalter, K. C. (1993). *Staff Perceptions of Caregiving Role (SPCR)*. Repéré à <https://nursing.uiowa.edu/sites/default/files/documents/hartford/Staff%20Perceptions%20of%20Caregiving%20Role%20%28SPCR%29.pdf>
- Maas, M. L. et Buckwalter, K. C. (2015a). *Attitudes about Families Checklist (AFC)*. Repéré à <https://nursing.uiowa.edu/sites/default/files/documents/hartford/Attitudes%20about%20Family%20Caregiving.pdf>
- Maas, M. L. et Buckwalter, K. C. (2015b). *Family Perceptions of Caregiving Role (FPCR)*. Repéré à <https://nursing.uiowa.edu/sites/default/files/documents/hartford/Family%20Perceptions%20of%20Caregiving%20Role%20%28FPCR%29.pdf>
- Minematsu, A. (2006). The frequency of family visits influences the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) of aged people with dementia in a nursing home. *Journal of Physical Therapy Science*, 18, 123-126.
- Morse, J. M., Penrod, J. et Hupcey, J. E. (2000). Qualitative outcome analysis: Evaluating nursing interventions for complex clinical phenomena. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 125-130.
- Murman, D. L., Chen, Q., Powell, M. C., Kuo, S. B., Bradley, C. J. et Colenda, C. C. (2002). The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology*, 59, 1721-1729.
- Norberg, Å. (1996). Perspectives of an institution-based research nurse. *International Psychogeriatrics*, 8(Suppl. S3), 459-463. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610297003852>
- Palagyi, A., Keay, L., Harper, J., Potter, J. et Lindley, R. I. (2016). Barricades and brickwalls—A qualitative study exploring perceptions of medication use and prescribing in long-term care. *BMC Geriatrics*, 16, 15. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-016-0181-x>
- Randall, E. W. et Clissett, P. C. (2015). What are the relative merits of interventions used to reduce the occurrences of disruptive vocalisation in persons with dementia? A systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, 11(1), 4-17. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12083>
- Sloane, P. D., Davidson, S., Buckwalter, K., Lindsey, A., Ayers, S., Lenker, V. et Burgo, L. (1997). Management of the patient with disruptive vocalization. *The Gerontologist*, 37(5), 675-682.
- Von Gunten, A., Alnawaqil, A.-M., Abderhalden, C., Needham, I. et Schupbach, B. (2008). Vocally disruptive behavior in the elderly: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 653-672.
- Von Gunten, A., Favre, M., Gurtner, C. et Abderhalden, C. (2011). Vocally disruptive behavior (VDB) in the institutionalized elderly: A naturalistic multiple case report. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), e110-e116. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.08.008>
- Weiner, M. F., Martin-Cook, K., Svetlik, D. A., Saine, K., Foster, B. et Fontaine, C. S. (2000). The Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUAL-ID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 1, 114-116.